Ampudia F. G.

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO

BREVE ESTUDIO

SOBRE LAS

DESGARRADURAS DEL PERINEO

Y

SU TRATAMIENTO

PRUEBA ESCRITA
PRESENTADA AL JURADO CALIFICADOR
POR

FRANCISCO GRANDE AMPUDIA

Alumno de la Escuela Nacional
de Medicina de México,
miembro titular de la Sociedad Filoiátrica, etc.



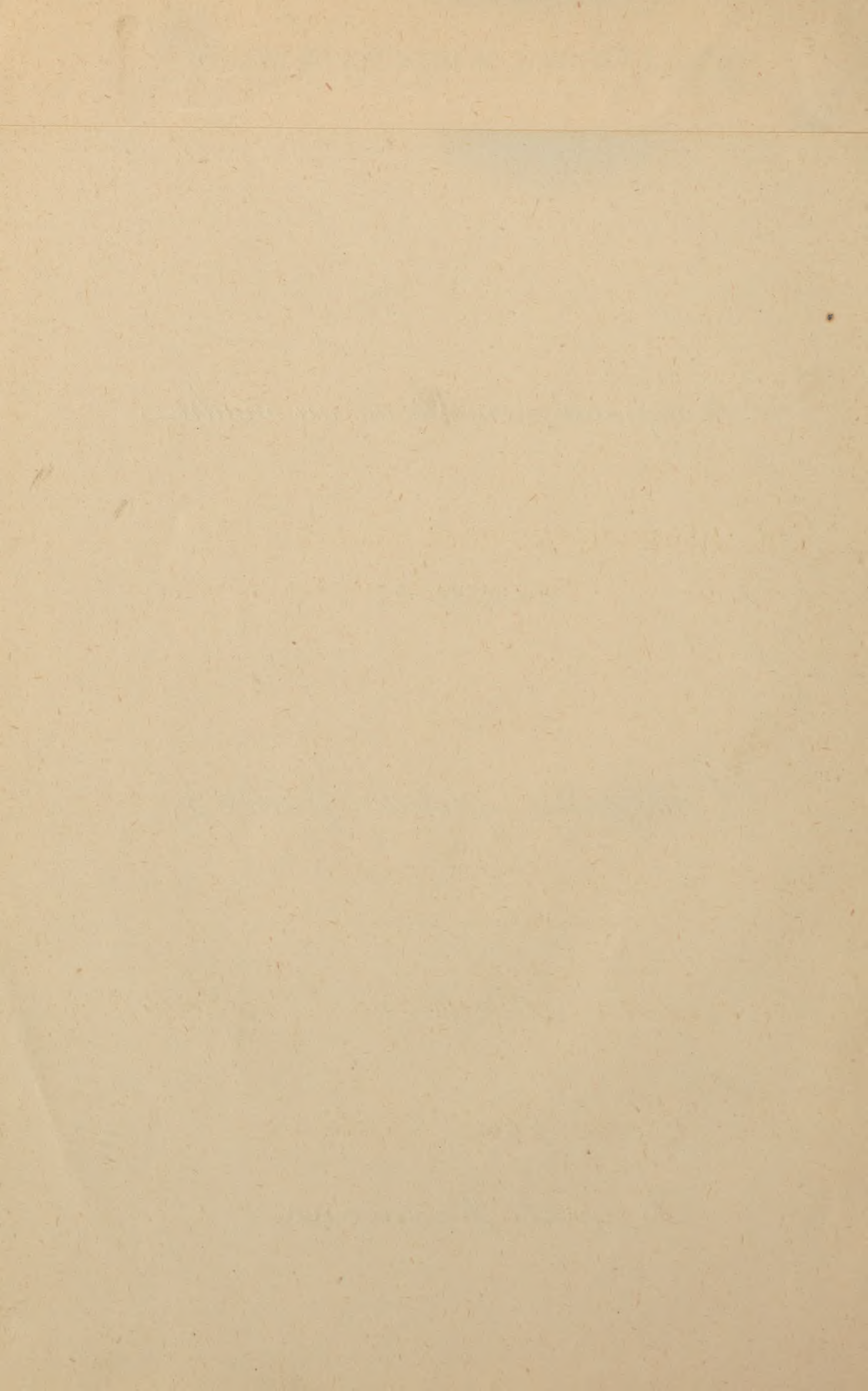
MEXICO
TIPOGRAFIA DE LA OFICINA IMPRESORA DE ESTAMPILLAS
Palacio Nacional
1893

X

A la sagrada memoria de mi madre.

A mi muy querido padre.

A mi hermano.



Al Sr. Lic.

Dn. Manuel Romero Rubio

En prueba de sincero cariño.

A mis finos y queridos amigos

los señores Generales

Dn. Mariano Escobedo

y

Dn. Carlos Diez Gutiérrez

Al gran clínico mexicano

Dr. D. Manuel Carmona y Valle.

Admiración y respeto.

Al honorable profesor de Fisiología

Dr. D. José María Bandera

En testimonio de gratitud por las numerosas é inmerecidas consideraciones que de él he recibido.

A mi estimado maestro el inteligente partero

Sr. Dn. Fernando Zárraga

Que con tan buena voluntad ha puesto á mi disposición sus archivos.

Al bondadoso y sabio profesor

Sr. Dr. Dn. Demetrio Mejía

A mis muy estimados compañeros

José León Martinez,

Federico Carranza

y José María Quijano.

ANTES de entrar en materia, cumplo con un deber dando público testimonio de gratitud al ilustrado Secretario de la Escuela Nacional de Medicina de México, Sr. Dr. D. Tomás Noriega, bajo cuya dirección he escrito el presente trabajo.

Insuperables hubieran sido las dificultades con que habría tropezado á no contar con tan poderosa ayuda; séame pues permitido, dar las gracias públicamente al ya citado profesor por la bondad con que se prestó á guiarme paso á paso, y por los útiles consejos que de él he recibido.

Si algo hubiere en las presentes líneas digno de elogio, débese tan sólo al talento y reconocidas luces de este maestro; más si por el contrario, como lo temo, no hubiese en ellas nada de mérito, culpa será unicamente de mi ineptitud, que no me ha permitido desarrollar convenientemente las ideas por él emitidas.

Señores Jurados:

Son de Uds. bien conocidas las difíciles circunstancias en que se encuentra el alumno que, después de haber terminado los estudios reglamentarios, debe presentar una prueba escrita para solicitar el título profesional.

Muy pobre es en verdad el caudal de conocimientos con que cuenta y escasa la práctica que ha podido tener; no es, pues, de extrañar que las más de las veces, muy á su pesar, no pueda presentar á los ilustrados Jueces encargados de decidir de su suerte, un trabajo que merezca siquiera el epíteto de mediano.

Tales son las condiciones en que me hallo y por eso antes de abordar al estudio de la difícil é interesantísima cuestión que por tema de mi trabajo inaugural he elegido, pido á Uds. su benevolencia para juzgar, así la prueba escrita como la oral, y la práctica que á la primera seguirán.

Con objeto de hacer mi exposición clara y metódica, me he propuesto seguir el plan que á continuación enuncio:

I.—Estudio anatómico de la región.
II.—Mecanismo de las desgarraduras.
III.—Profilaxia.
IV.—¿Cuál es el tratamiento que debe emplearse?
V.—Estudio general de la Perineorrafia.
VI.—¿Cuál es el momento oportuno para operar?
VII.—Descripción de los diferentes procedimientos operatorios.
VIII.—Apreciaciones.
IX.—Observaciones.

I.

Estudio anatómico de la región.

Es sabido que los dos huesos iliacos, el sacro y el coxis, circunscriben una cintura huesosa designada con el nombre de pelvis, en la cual están alojados en la disposición que después diré, los órganos de la reproducción.

La pelvis ha sido dividida por los anatómicos en dos segmentos, uno superior designado con el nombre de gran pelvis; limitado hacia arriba, de atrás adelante, por el promontorio, la cresta iliaca, la espina iliaca, anterior y superior, el ligamento de Falopio y la sínfisis del pubis y hacia abajo por la línea denominada estrecho superior.

El segundo segmento conocido con el nombre de pe-

queña pelvis, está limitado hacia arriba por el estrecho superior que acabo de mencionar y hacia abajo, de atrás á adelante, por el coxis, el gran ligamento sacro-ciático, la tuberosidad del isquión la rama ascendente del isquión, la descendente del pubis y en fin por el ángulo subpubiano. De los dos segmentos mencionados, el primero ó gran pelvis no tiene para el estudio que emprendo importancia mayor; mas no sucede lo propio con la pequeña pelvis cuyos detalles son importantes de conocerse para comprender el mecanismo de la producción de las desgarraduras del perineo; su profilaxia y aún su tratamiento; en tal virtud voy á ocuparme con algún detalle de la disposición anatómica de esta porción de la pelvis y principalmente de la interesante cuanto difícil disposición del plano músculo-apomeurótico que cierra el estrecho inferior.

Limitada como queda dicho, la pequeña pelvis constituye una especie de cono truncado de base superior y se le consideran para su estudio cuatro paredes, de las cuales dos son laterales, una anterior y otra posterior; esta última está constituída superiormente por la cara anterior del sacro é inferiormente y en una pequeña porción por el coxis. Conviene tener presente que la cara anterior del sacro tiene una forma cóncava en el sentido transversal é igualmente cóncava en el sentido vertical, siendo completamente inmóvil; mientras que el cóxis compuesto de tres y algunas veces de cuatro nódulos huesosos articulados entre sí está á su vez unido á la última pieza del sacro por medio de una articulación floja que le permite movimiento en el sentido anteroposterior. Las paredes laterales están compuestas por las partes siguientes: el fondo de la cavidad cotiloide, el agujero obturador cubierto por la membrana del mismo nombre, las ramas ascendente y descendente del pubis, las ramas ascendente y descendente del isquión, la tuberosidad del mismo nombre, los ligamentos grande y pequeño sacrociáticos, y en fin, por las partes blandas que cierran los agujeros ciáticos. Como se ve por esta somera descripción, la pared lateral de la pelvis puede dividirse en dos partes: una antero inferior hue-

sosa é inmóvil, y otra postero-superior formada de partes blandas y susceptible de alguna movilidad. La pared anterior está formada por la sínfisis púbica, y á propósito de ésta es conveniente mencionar una disposición que es peculiar de las mujeres mexicanas. Aseguran los autores europeos (Noegel, Auvard, Verier, etc. etc.) que la altura de la sínfisis púbica en Europa es de 4 á 5 centímetros, mientras que todos los autores que aquí se han ocupado de la medición de la pelvis, (profesores J. M. Rodríguez. M. Gutiérrez, Capetillo, San Juan etc.) aseveran que la altura de esta pared en nuestras compatriotas es de 5 á 6 y aún de 7 centímetros; disposición que como veremos adelante favorece singularmente la producción de las desgarraduras.

Por ser de importancia en la etiología de las ya referidas desgarraduras el conocimiento de la longitud de los diámetros de la pelvis. los mencionaré dando al mismo tiempo las dimensiones de la Europea y de la Mexicana.

	Europa.	México.
Estrecho superior.		
Diámetro antero-posterior	0,m 11	0,m 108
Idem transverso	0," 135	0," 130
Idem oblicuo	0," 125	0," 120
Escavación.		
Diámetro antero-posterior	0,m 128	0,m 115
Idem transverso	0," 12	0," 120
Idem oblicuo	0," 135	0," 120
Estrecho superior.		
Diámetro antero-posterior	0,m 95	0,m 095
Idem transverso	0," 11	0," 100
Idem oblicuo	0," 11	0," 100

Es de notarse que en virtud de la disposición de las paredes posterior y laterales de la pelvis, los diámetros antero-posterior y oblicuos del estrecho inferior. son suceptibles de aumentar durante el parto, pudiendo crecer un centímetro y medio y hasta dos centímetros.

En la cavidad de la pequeña pelvis se encuentran procediendo de adelante á atrás: primero la uretra, que por no presentar ninguna importancia para el asunto, no describiré; segundo la vagina constituída por tres

túnicas: mucosa, musculosa y celulosa; tercero el recto. formado por capas semejantes. Entre el recto y la vagina. existe en la parte superior. el fondo de saco peritoneal llamado recto vaginal; é inferiormente un espacio llamado cuerpo perineal, cuya forma ha sido comparada á una pirámide de base inferior y vértice superior. El recto está envuelto por sus caras posterior y laterales por el músculo elevador del ano y todos estos órganos mezclados con una atmósfera celulosa llenan completamente la excavación pélvica.

Como se comprende, es necesario para sostener estos órganos y cerrar la salidad de la pelvis. un plano bastante resistente para poder servir en estado normal de sostén al recto y la vagina, y al mismo tiempo suficientemente elástico y dilatable para permitir durante el parto la salida del producto. Este plano es lo que se conoce con el nombre de perineo ó piso de la pelvis: su constitución por demás importante, deberá ocuparme breves instantes.

Esta región está compuesta según Tilaux de 9 planos que yendo de la superficie á la profundidad son: la piel, el facia superficialis, la aponeurosis perineal superficial, una primera capa muscular formada por los músculos, transverso del perineo. constrictor de la vagina é isquio cavernoso. la aponeurosis perineal media una segunda capa muscular constituída por el músculo de Wilson, el elevador del ano y el isquio cocsigeano la aponeurosis perineal superior, la capa celulosa subperitoneal y el peritoneo.

De estos diversos planos, los cuatro últimos no tienen en el caso, ninguna importancia; el tercero y el quinto apenas sí merecen detenerme un instante; pero no sucede lo mismo con el primero, segundo, y especialmente con el cuarto, que son de importancia capital. Voy, pues, á describir los planos importantes, haciendo á un lado los demás. La piel, confundida en los límites del perineo con la de las regiones circunvecinas, se repliega en la porción anterior del perineo ó porción génito-urinaria, para formar los grandes labios, los que se unen por su extremidad posterior para constituir la hórquilla. y es-

tán separados el uno del otro por la hendidura vulvar y cada uno de ellos, de la cara interna del muslo correspondiente, por el surco génito-crural. Atrás de los grandes labios en la región posterior del perineo ó porción anal, la piel no presenta más particularidad que la existencia de un rafé mediano que de la extremidad posterior de lo vulva se extiende hacia el ano. Hay un detalle digno de notarse, y es que en el estado normal la piel del perineo es fina, delgada y bastante elástica. Abajo de la piel se encuentra una capa de tejido celular subcutáneo, divisible en dos capas: la primera que se confunde con el tejido celular de las regiones cercanas y la segunda más profunda que se continúa con el dartos hacia adelante, y con el esfinter externo hacia atrás.

Quitadas la piel y el tejido celular se encuentra en la porción génito-urinaria del perineo, la aponeurosis superficial del perineo, que me contento con mencionar. Quitada ésta, queda á la vista una serie de músculos que son: hacia adelante, en la porción génito-urinaria, los isquio-cavernosos, colocados á lo largo de las ramas isquio-púbicas; el constrictor de la vagina que rodea la entrada de este conducto; los dos músculos transversos superficiales del perineo que insertados por su extremidad externa á la tuberosidad del isquión, confunden sus extremidades internas sobre la línea media, de tal suerte, que parecen constituir una sola banda extendida de un isquión al otro. En la porción anal del perineo se encuentra únicamente el músculo esfinter externo que rodea completamente al ano insertándose hacia atrás al coxis, y confundiendo adelante sus fibras con las del transverso superficial, y los del constrictor de la vagina.

Para terminar este breve estudio anatómico, recordaré que la abertura anal posee un segundo esfinter colocado arriba del primero, al que se ha convenido en llamar esfinter interno.

II.

Etiología de las desgarraduras.

Desde el punto de vista etiológico se pueden dividir las desgarraduras en dos clases: las de la primera que pudiéranse llamar accidentales, son los que se producen por una lesión traumática cualquiera, tal como una caída á horcajadas; y son de todo punto excepcionales; las de las segundas categorías, á los que me permitiría dar el nombre de obstétricas, se producen durante la expulsión del producto, por cuya razón sólo se observan en el período de actividad sexual, siendo mucho más frecuentes que las anteriores. Churchill que ha estudiado prolijamente esta cuestión, divide las causas de las desgarraduras obstétricas, en predisponentes y determinantes, las primeras son: la dirección perpendicular del sacro, la demasiada estrechez del arco púbico, el engrosamiento considerable de la uretra y de las partes blandas vecinas, el paso demasiado rápido de la cabeza á través de las partes blandas, la existencia de exostosis ó tumores sobre un punto cualquiera de la cavidad pélvica, la longitud considerable del perineo, la rigidez de esta porción ó la existencia de una cicatriz que impida la dilatación, la fragilidad de los tejidos perineales, debida á una causa cualquiera, y por último, la persistencia de la membrana himen. Las segundas ó determinantes, son, según el propio autor: la demasiada energía de las contracciones, ó bien su frecuencia inusitada, las posiciones vaciosas de la parturiente durante el período de expulsión, el volumen considerable del feto, ó de alguna de sus partes, las posiciones occípito-posteriores, las de cara, de nalgas y de hombros; el paso de los hombros después de la expulsión de la cabeza cuando no se sostiene convenientemente el perineo ó cuando se trata de acelerar la salida del cuerpo del producto;

operaciones obstétricas tales como versión, aplicaciones de fórceps, extracción manual, etc., hechos con impericia; finalmente, la falta punible de sostenimiento del perineo.

Insistiré un poco sobre estas diversas causas, hablando de cada una de ellas en el orden en que las he enumerado.

Si el sacro tiene una dirección perpendicular, la cabeza del feto en lugar de dirigirse hacia adelante, siguiendo el eje del estrecho inferior, es impulsada hacia abajo y atrás en dirección de la pared posterior del perineo, sobre la cual ejerce una presión enérgica, que favorece la producción de las desgarraduras.

Cuando el ángulo formado por el arco púbico es demasiado estrecho, la parte que se presenta, no puede alojarse en este ángulo, de lo que resulta la dilatación exagerada de la vagina y un aumento de presión sobre la pared anterior del perineo ó posterior de la vagina. A este propósito conviene mencionar una causa propia de las mujeres de nuestra raza. Como se recordará al estudiar la pared anterior de la pelvis, hice notar que en las mexicanas la altura de la sínfisis púbica es mayor que en las europeas; de esta disposición resulta que en el momento del paso de la parte presentada, esta no puede ejecutar el movimiento conveniente, y por tanto la presión que ejerce sobre la pared anterior del perineo, es mayor que la que hubiera sido á no existir tal disposición. Como se ve, esta conformación de la pelvis mexicana obra de una manera análoga á la estrechez del ángulo sub-pubiano de que habla Curchill; siendo tanto más fácil de producirse la desgarradura en este caso, cuanto que obran como factores convergentes: la cortedad del perineo, la pequeñez de la vulva y la dirección hacia atrás y abajo de la pared anterior de la pelvis; de aquí que la desgarradura perineal sea la regla en las mexicanas,

El engrosamiento de la uretra y las partes blandas circunvecinas obran de la misma manera que las causas anteriores.

El paso rápido de la cabeza á través de las partes

blandas, impide que la parte en cuestión se acomode de una manera conveniente y que los tejidos tengan el tiempo suficiente para distenderse, condiciones que favorecen singularmente la lesión de que me vengo ocupando.

La existencia de exostosis, ó tumores inmóviles, sobre un punto cualquiera de la cavidad pélvica, impide á la cabeza sufrir los cambios de dirección normales, y de aquí resulta que el avocamiento no se haga de una manera perfecta y que el perineo sufra una distención mayor y más prolongada de la ordinaria, siendo el resultado de esto la desgarradura.

La longitud exagerada del perineo por una parte detiene la cabeza en su descenso, impidiéndole resbalar hacia el borde anterior y por otra, disminuye la capacidad de la vulva, engendrando por tal motivo una desproporción entre el canal recorrido, y el cuerpo que le recorre.

La rigidez del perineo ó la existencia de una cicatriz antigua, impiden la dilatación y constituyen por tal motivo una causa predisponente de las más poderosas.

Otro tanto puede decirse de la fragilidad de los tejidos perineales.

La membrana himen se desgarra de ordinario en la primera relación sexual; sin embargo, en algunas circunstancias debido ya sea á cierta textura ó á otras condiciones especiales, el himen puede persistir, no obstante que la mujer lleve en su seno el producto de la concepción; si en estas condiciones se verifica el parto, en el momento en que la cabeza llegue al piso de la pelvis, será detenida por aquella membrana, la que en virtud de su mayor elasticidad, resistirá más fácilmente que el perineo, y llegará un instante en que éste será desgarrado.

La acción de enérgicas contracciones uterinas ó de dolores demasiado frecuentes, sobre todo cuando la mujer contribuye con sus esfuerzos á la expulsión rápida del feto, son una causa de las desgarraduras y obran dilatando rápidamente las partes y no dándoles tiempo para distenderse de una manera conveniente.

Las posturas viciosas y principalmente la estación

sentada, tienden á desalojar el eje del estrecho superior de la pelvis y á llevar el producto hacia el plano posterior del estrecho inferior, distendiendo exageradamente el perineo.

El aumento de volumen del niño, puede depender: ó bien de un desarrollo notable, ó bien de un vicio de conformación; (Hidrocefalia, etc.) mas en uno y en otro caso, su acción es la misma, obra engendrando una desproporción entre las dimensiones del feto y la capacidad de la hendidura vulvar.

En las posiciones anteriores la cabeza se apoya sobre el arco púbico para ejecutar el movimiento de estensión, mientras que en las oxipito-posteriores el punto de apoyo está constituído por la comisura posterior de la vulva, la que sufre por esta circunstancia un exceso de presión, al que cede generalmente.

En las posiciones de cara (me refiero á las anteriores, pues en las posteriores el parto es imposible) para que el parto se verifique, el diámetro occípito–mentoniano que mide 0.13, debe salir todo á un tiempo y no asomando primero una de sus extremidades, para deslizar en seguida la otra sobre la rampa formada por la curva sacro–perineal, como en las presentaciones de vértice. Además, el primero no puede retraerse rápidamente, y estos dos factores reunidos hacen inminente la desgarradura.

Las presentaciones pélvicas no engendran las desgarraduras por sí mismas, y si es común ver producirse el accidente en estos casos, es debido á que la expulsión del tronco se hace con suma rapidez, y el canal vulvo–vaginal no tiene tiempo para dilatarse suficientemente, para permitir el paso de la cabeza; que debe extraerse muy de prisa para evitar la asfixia.

Es muy común entre los parteros noveles, dejar de sostener el perineo en el momento en que la cabeza ha salido; pero tal conducta es inconveniente porque aún queda un diámetro, el acromio-olecraneano suceptible por su longitud de producir una desgarradura.

Sólo mencionaré la impericia en las operaciones obstétricas como factor etiológico de las desgarraduras y

diré para terminar este capítulo, unas cuantas palabras sobre la falta del sostenimiento del perineo.

Algunos autores creen que esta práctica es más nociva que útil; pero esta opinión no es exacta; y la gran mayoría de los ginecologistas están de acuerdo para decir que una de las causas que con más frecuencia produce las dilaceraciones del perineo es la omisión de dicha práctica, y si bien es cierto que actualmente algunos parteros europeos tienden á eregir en regla la no contención del perineo; debo hacer notar una vez por todas que entre nosotros tal conducta engendraria fatales resultados. debido á lo conformación especial de la pelvis, de nuestras mujeres.

III

Profilaxia.

Si es importante el papel del médico cuando cura, lo es aún más cuando previene la enfermedad; por tal motivo la profilaxia debe merecer siempre la mayor atención. Conociendo las causas es posible en el mayor número de veces prevenir el desarrollo del mal; y el estudio de la etiología es verdaderamente práctica, porque permite prevenir la enfermedad.

Después de haber enumerado los diversos factores capaces de engendrar las desgarraduras del perineo, voy ahora á indicar la manera como se puede prevenir su acción. En los casos en que el sacro tiene una dirección perpendicular, el mejor medio de impedir que se produzca una desgarradura, consiste en dar á la mujer una posición tal que la curvatura lumbo-sacro se exajere, de esta manera se corregirá tanto como sea posible, la posición viciosa del sacro.

Cuando el arco púbico forma un ángulo muy agudo el medio profiláctico es el sostenimiento adecuado del perineo. Enuncié entre las causas más comunes de las desgarraduras del perineo, el paso muy rápido de la cabeza á travez de las partes blandas; rapidez ocasionada unas veces por la energía ó la frecuencia de las con-

tracciones y determina otras, por la disminución de volumen del producto. Cualquiera que sea la causa, la manera de evitar el accidente es colocar á la mujer en el decúbito lateral é impedir que haga esfuerzos de expulsión, teniendo cuidado de sostener el perineo en tiempo oportuno, En las exostosis y tumores intrapélvicos, no suceptibles de movilidad, no concibo ningún medio profilactivo á no ser el parto prematuro artificial pero como éste puede engendrar la muerte del producto y la desgarradura no es mortal para la madre, creo que no debe emplearse. La longitud exagerada del perineo que, como dije, puede poducir la lesión en que me ocupo, puede ser ventajosamente contrarrestada por las insiciones previas de los grandes labios; y en cuanto á que estas pudieran abrir la puerta á la absorción, diré que la desgarradura abre igualmente entrada á los gérmenes , siendo de tomarse en consideración que es más fácil obtener la reunión de una herida regular, que la de otra que no lo es, como la desgarradura.

Se ha recomendado el uso de fomentos calientes el de tártaro estibiado ó de sangrías, para dar á un perineo rígido su suavidad ordinaria; pero estos medios son ineficaces, y los dos últimos pueden ocasionar accidentes; no sucede lo mismo con el uso del cloroformo que hace bastante blandos los tejidos y no expone á los peligros que la sangría ó el tártaro estibiado.

Cuando los tejidos del perineo son sumamente frágiles, es muy dificil impedir la dilaceración y en el tratado de partos de Nagele y Grenser en la página 218 se lee. "La experiencia enseña que no siempre se logra conservar la integridad del perineo, cualesquiera que sean las precauciones que se tomen." Pero á mi modo de ver, como dije antes, el partero está obligado á sostener convenientemente el perineo aunque no espera de esta maniobra un éxito completo.

Las posiciones viciosas de la parturiente ó del feto pueden ser facilmente corregidas por tu partero entendido; otro tanto quede decirse de las faltas cometidas en la versión, aplcaciones de forceps, ó cualquiera otra de las operaciones obstétricas.

Terminaré recordando una vez más la importancia de la contención del perineo en todas las posiciones y presentaciones.

IV

¿Cual es el tratamiento que debe de emplearse?

Para responder á esta cuestión. me es necesario entrar préviamente en algunas consideraciones acerca de los diversos grados de la desgarradura. Los autores acostumbran dividir estas lesiones en completas é incompletas. Las primeras que no interesan más que la piel y el fasia superficialis. no hacen más que aumentar la hendedura vulvar; las segundas interesan además de las partes mencionadas, el cuerpo perineal y el esfinter anal, de tal suerte que unen, por decir así. la vulva y el recto en una sola cloaca. Las de la segunda clase, pueden además ser más ó menos extensas en altura.

Sentados estos preliminares, diré que se han aconsejado para el tratamiento de las desgarraduras del perineo los métodos siguientes: 1º Lavar perfectamente las superficies cruentas y en seguida mantener aproximados. los muslos de la mujer vendándolos juntos. Desde luego este método tiene el inconveniente de tener á la mujer durante un tiempo más ó menos grande. en una postura incómoda. y además no surte sino en algunos casos de desgarradura incompleta, é impidiendo hacer el aseo conveniente, facilita el desarrollo de la septicemia. 2º Hacer cauterizaciones repetidas sobre la superficie cruenta de la desgarradura, con objeto de determinar un trabajo de cicatrización; este método requiere mucho tiempo. molesta bastante á la enferma y ordinariamente no conduce á un resultado feliz ni aún en las desgarraduras incompletas. 3º Reunir por medio de garra-finas las superficies cruentas; conducta que no debe seguirse por ser molesta é ineficaz. 4º Hacer esta misma reunión por medio de suturas; este procedimiento constituye ya una verdadera perrineorrafia, y de él hablaré adelante. El primero aplicable inmediatamente des-

pues de producida la desgarradura; el tercero y el cuarto pueden usarse inmediata ó tardiamente y el segundo sólo se usa en el último caso.

V.

Estudio General de la Perineorrafia.

El tratamiento quirúrgico de las desgarraduras del perineo, fué iniciado por Ambrosio Paré, y practicado por la primera vez por Guille. Mauriceau y Smellie en el siglo XVIII, hicieron uso de él, y en el siglo presente Noel y Saucerote recurrieron con bastante éxito á esta operación; pero durante este período fué practicada raras veces y su vulgarización propiamente dicha data de los tiempos de Dupuytren, Roux y Dieffenbach. Los procedimientos más empleados ahora son los de Roux, Dieffenbach, Baker, Brown, Verneuil, Deroubax, Le Blond y sobre todo los de Thomas, Emmet y Lawson Tait.

Fundamentalmente la perineorrafia consiste en reunir los labios de la desgarradura por medio de puntos de sutura, pudiendo hacerse esta operación inmediatamenete después de producido el accidente ó bien cuando la naturaleza ha agotado ya todos los esfuerzos de reparación.

La conveniencia de la intervención quirúrgica es notoria, puesto que completa ó incompleta la desgarradura engendra siempre serios trastornos; en el primer caso, roto el esfinter anal, las materias fecales y los gases no son ya contenidos, hay por lo mismo evacuación involuntaria de ellos, y las paredes de la vagina y la vulva se inflaman crónicamente, por la presencia constante de estos agentes irritantes; la defecación es dolorosa y otro tanto sucede con las relaciones sexuales que no pueden realizarse de una manera conveniente. En el segundo caso, quiere decir cuando la desgarradura es incompleta, es muy frecuente observar los prolapsus del útero y la vagina, siendo de notarse que este accidente es más común á consecuencia de éstas que de aquellas. Kaltenbach en una comunicación hecha al Congreso de

Baden ha dado la siguiente explicación. «La parte inferior de la pared vaginal es atraída hacia arriba y adelante por el elevador del ano, después de que se ha producido la sección de los esfinteres anal y vulvar; y las «partes laterales de la desgarradura á consecuencia de «las tracciones ejercidas por el transverso del perineo y «el esfinter externo del ano, son separadas una de otra. «La parte inferior de la vagina constituye una pared «tensa en el sentido transversal que se opone á toda in«versión de las paredes de la vagina situados más arriba «y de aquí que cuando la solución de continuidad es pro«funda, las paredes de estos conductos no tienen ningu«na tendencia al prolapso».

Como se vé á menos de que la desgarradura sea insignificante, la indicación de operar es clara; pero antes de entrar en la descripción de los diversos procedimientos empleados, debo detenerme un instante para enumemerar los cuidados previos y consecutivos á esta operación.

Sea cual fuere el procedimiento que se vaya á emplear, es conveniente que la enferma no esté en período menstrual ó cerca de él; se le debe purgar la víspera de la intervención y desde varios días antes se le harán lavados cotidianos con licor de Wan-Swieten. Si tuviere catarro uterino es prudente colocar un tapón antiséptico en la vagina durante la operación, á fin de impedir á los líquidos que vienen del útero, que se pongan en contacto con las superficies cruentas.

La postura adecuada es la llamada toconómica; y si se pudiere hacer, será mejor operar en una mesa adecuada y no sobre la cama de la enferma. Es conveniente que en tanto que se opera, un ayudante mantenga levantada la pared anterior de la vagina por medio de la valva de Sims.

Como en toda intervención tocológica, es indispensable evacuar el recto y la vegiga antes de proceder á ella.

Los cuidados de antisepsia deben ser rigurosos; y en cuanto á la anestesia, será conveniente practicarla siempre que no haya contraindicación.

Después de terminada la operación se hace un nuevo lavado con una solución antiséptica, se espolvorea yodo-

formo á lo largo de la línea de afrontamiento; se coloca en la vagina un tapón de algodón antiséptico cubierto de vaselina yodoformada; se pone sobre el perineo gasa igualmente yodoformada; encima de la cual se coloca una capa de algodón y se sostiene el apósito por medio de un vendaje en *T*.

Si el termómetro llega á subir á más de 37 5, es conveniente quitar la curación y poner una nueva en la forma ya dicha. haciendo amplios lavados; también debe cambiarse en caso de que se ensuciare; y siempre que no hubiere indicación especial se dejará la primera curación de 5 á 6 días,

Los puntos de sutura deben quitarse después de quince ó veinte días. Hegar y Kaltenbak recomiendan que se tengan los muslos de la enferma atados juntos, el primer día para evitar que se desgarren los puntos de sutura á consecuencia de los movimientos involuntarios que la enferma ejecuta al despertar del sueño anestésico. Yo creo que es conveniente tenerlos así por lo menos una semana. El cirujano cuidará de hacer sondear á la enferma dos ó tres veces por día, para evitar que la curación se ensucie por la orina. Algunos autores recomiendan que se deje una sonda á permanencia en la uretra; pero esta práctica tiene el inconveniente de producir uretritis y de determinar tenesmo; por lo que la primera es más conveniente.

Se ha recomendado constipar á la mujer por medio del opio ó sus preparaciones. temiendo que el paso de las materias fecales desgarrase los puntos de sutura. Este temor es infundado, y la práctica ha demostrado ya que el uso del opio tiene el inconveniente de aumentar la cantidad de gases y de hacer el bolo fecal muy duro, facilitando así el accidente que se trata de evitar. Actualmente todos los operadores prefieren más bien dar ligeros laxantes con objeto de hacer las heces más blandas, y el uso de la antigua sonda rectal ha sido abolido.

La mujer debe permanecer en la cama seis á ocho días después de quitadas las suturas, recomendándosele que los primeros movimientos que haga sean moderados.

VI.

¿Cuál es el momento oportuno para operar?

A propósito de este asunto no han llegado aún á ponerse de acuerdo los ginecologistas; unos pretenden que la operación debe verificarse inmediatamente después de producido el accidente; otros esperan para intervenir, que haya terminado la involución uterina y por último unos cuantos con Holtst proponer que se ejecute del 5 al 10º día. La operación inmediata tiene las ventajas siguientes: impide la producción de las hemorragias y evita las complicaciones infecciosas, toda vez que al aproximar los labios de la herida, se dificulta la penetración de los gérmenes; por otra parte, como la desgarradura es reciente y no está aún deformada por la retracción cicatricial, los labios de la herida se aplican exactamente el uno contra el otro, bastando cuando sea necesario estirpar con tijeras los muy pequeños colgajos cuyo afrontamiento sea difícil y que estén expuestos á gangrenarse. Hegar y Kaltenback hablando de este asunto dicen en su tratado de Ginecología operativa: «Nosotros hasta ahora siempre que hemos podido, hemos operado todas las desgarraduras completas del perineo inmediatamente después de su producción, habiendo obtenido siempre los mejores resultados. Añadamos que entre las operadas había casos en los cuales toda la pared posterior de la vagina estaba desgarrada, llegando la lesión hasta el nivel del fondo de saco posterior.» Por último la operación inmediata tiene también la ventaja de impedir de una manera casi segura la producción de los vicios de posición del útero. de los ovarios y de la vagina. El período indicado por Holtst no tiene, á mi juicio, ninguna ventaja y sí la mayor parte de los inconvenientes de la operación inmediata, por tal razón creo que debe desecharse y no volveré á ocuparme de el. En cuanto á las otras dos, creo que siempre que se pueda se deberá hacer la sutura inmediatamente des-

pués de producido el accidente, y sólo cuando no se tengan los elementos suficientes, ó cuando el estado de la mujer no lo permita, debe aplazarse la operación para cuando haya terminado la involución de los órganos sexuales.

VII.

Descripción de los diferentes procedimientos operatorios.

Los procedimientos operatorios son actualmente tan numerosos que si quisiera describirlos uno á uno, necesitaría espacio mayor del que puedo disponer; por otra parte, esos diversos procedimientos no difieren muchas veces unos de otros, sino por detalles insignificantes. Así pués, voy á ocuparme solamente de los más importantes, empezando por aquellos que se aplican á las desgarraduras incompletas, para terminar por los que curan las completas.

Procedimiento de Roux.

Es el más sencillo y también el más usado. Consiste en avivar los bordes de la desgarradura, y en reunirlos en seguida por medio de una sutura enclavijada. Para que el contacto de los bordes sea perfecto, es necesario que los hilos atraviesen todo el espesor del perineo, pues de otra manera quedaría un espacio entre las dos paredes, en el que se podrían acumular los líquidos secretados, dando lugar á la infección. Este procedimiento da buenos resultados en los casos en que la desgarradura del perineo no sea muy extensa; pero en el caso contrario, á causa de extensión de los labios de la herida, fracasa con frecuencia.

Procedimiento de Dieffenbach.

El procedimiento de este autor difiere del anterior en que después de haber hecho el avivamiento de la línea de reunión, hace una insición curva de convexidad externa, extendiéndose de la extremidad posterior del gran

labio ano. Estas insiciones favorecen el desalojamiento de lo tegidos, y cooperan á mantener la coaptación.

Procedimiento de Baker Brown.

La tensión de los tejidos no es la única causa que dificulte el afrontamiento de los labios de la herida en los procedimientos anteriores, hay otro factor todavía más poderoso que fué señalado, la primera vez por Baker Brown, y consiste en la contracción del esfinter del ano. Para obviar la dificultad, este autor ideó hacer la miotomía por medio de un bisturí abotonado, de tal manera que se corte de ambos lados el músculo á 6 milímetros de su inserción coxígeana. Antes de hacer la sección del músculo, aviva los labios como en el procedimiento anterior y termina la operación, poniendo tres puntos de sutura ensortijada, para hacer el afrontamiento de las partes profundas, y tres ó cuatro de sutura entrecortada para las superficiales.

Procedimiento de Gallard Thomas.

Este procedimiento para ser mejor explicado se puede dividir en dos tiempos: el primero, durante el cual se hace el avivamiento, y el segundo, constituído por las suturas. *Primer tiempo:* Se coje la membrana mucosa con pinzas, arriba del borde superior del ano, en el punto en que la piel y la mucosa se continúan, y se practica una insición de tres á cuatro centímetros, dirigiéndose hacia la vagina; se toma en seguida la membrana mucosa de uno de los grandes labios y partiendo de un punto situado tres centímetros abajo y atrás del meato urinario, se practican dos nuevas insiciones, la una dirigida á la extremidad superior y otra á la inferior de la primera; se aviva después el triángulo así circunscrito y se repite la misma operación del lado opuesto; hecho esto se hace la hemostacia perfecta, con lo cual termina el primer tiempo. *Segundo tiempo:* Se enhebra una aguja redonda y curva de cerca de cinco centímetros de longitud y teniéndola con un porta-agujas se le

hace penetrar cerca del ángulo inferior y externo del triángulo avivado, se le hace atravesar el punto de unión de los dos triángulos, y se le saca por un punto homólogo á aquel por donde entró. Esta sutura no debe aparecer por la vagina, se la puede pasar en una sola vez; pero es difícil; mejor es sacar la aguja cuando se encuentra en el punto de unión de los dos triángulos, volverla á introducir por el mismo agujero para sacarla, en fin, en el punto que ya dije. Se pasa un segundo punto arriba del primero, cerca del ángulo superior é interno del triángulo avivado; este segundo punto no debe verse tampoco por la vagina. Un tercer punto de sutura se pondrá arriba del anterior, de tal manera que sea visible en la vagina, de la cual atraviesa la entrada. Además de estos puntos, cuando el afrontamiento no es perfecto, pueden ponerse otros situados entre los primeros; todos serán en seguida apretados por medio de botones ó clavijas, y después de terminado el segundo tiempo se pondrá la enferma en su lecho con los muslos vendados juntos. Los puntos de sutura pueden quitarse el octavo ó noveno día.

Procedimientos para las rupturas completas.

En este caso, para que el éxito sea perfecto, no basta afrontar y suturar los labios de las desgarraduras, sino que también es necesario volver su forma y sus funciones al esfinter del ano. A este fin tienden la mayor parte de los procedimientos, principalmente los de Thomas, Emmet y Lawson Tait.

Para dar una idea del fundamento de todos estos procedimientos, reproduzco en la lámina adjunta unas figuras esquemáticas que, á mi modo de ver, facilitan singularmente la comprensión de la manera como se consigue el ideal quirúrgico.

La figura núm. 1 representa un esfinter perfecto. La núm. 2 es el mismo esfinter roto, retraído y con los puntos de entrada y salida de las agujas. La línea puntuada muestra el trayecto de la sutura metálica en los tejidos, y la línea marcada con la letra C indica el punto

más alto y anterior alcanzado por dicha sutura. La figura núm. 3 enseña el mismo esfinter una vez que ha comenzado á apretarse la sutura. La figura núm. 4 indica el resultado obtenido cuando los dos extremos del esfinter dividido se han puesto en contacto, merced á dicha sutura. Sentados estos ligeros preliminares. paso á describir rápidamente los procedimientos que han sido más usados.

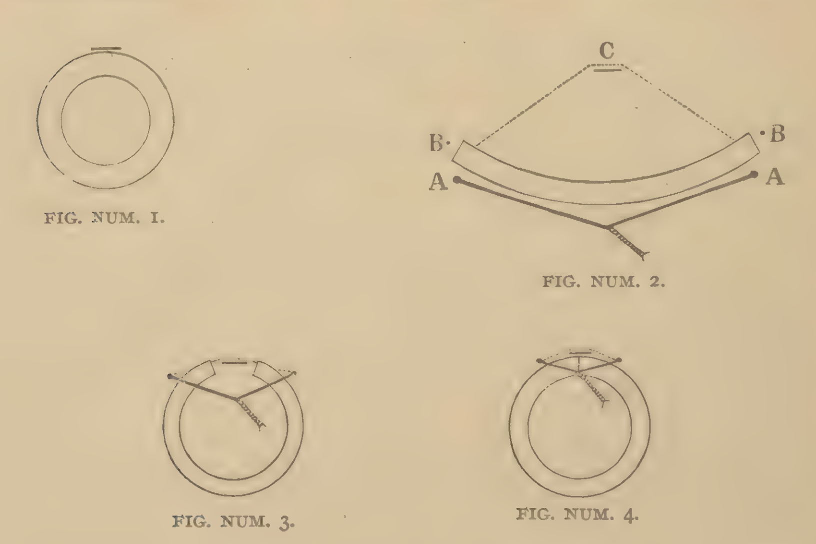


FIG. NUM. I.

FIG. NUM. 2.

FIG. NUM. 3.

FIG. NUM. 4.

Procedimiento de Le Blond.

En este procedimiento se avivan los tejidos de tal manera, que el avivamiento tiene la forma de un creciente cuyas extremidades se encuentran hacia arriba y la convexidad vuelta hacia abajo. En seguida se introduce el dedo índice de la mano izquierda en el recto y se coloca la primera sutura haciendo penetrar la aguja por el cuerno izquierdo del creciente. para hacerla salir por el derecho, después de haber caminado en el espesor de los tejidos. Se ponen otras tres suturas á igual distancia, pero éstas deben seguir una dirección diferente de la primera; penetran en la piel á medio centímetro de la superficie de avivamiento. salen sobre esta superficie,

penetran de nuevo en ella, para salir definitivamente sobre la piel del lado opuesto, á medio centímetro igualmente distante de la superficie cruenta; se aprieta este hilo que frunce los tejidos á manera de una jareta, y se colocan otros tres ó más hilos para poner en contacto los labios de la herida.

Procedimiento de Leon Le-Fort.

Se comienza por apartar los bordes de la vulva y se hace sobre la parte media del tabique intacto y á partir del ángulo de reunión de sus despojos, una insición de un centímetro de longitud que no interese más que la hoja vaginal, ó en otros términos, la mitad del espesor del tabique; después se hace una insición ligeramente convexa hacia abajo, dirigida hacia afuera y cuya dirección (estando la mujer acostada) es sensiblemente horizontal. Partiendo del punto en donde empezó la primera insición, se hace una segunda que se dirige hacia abajo y hacia adelante, á lo largo de la porción rectal de los despojos del tabique; pero sin interesar la mucosa del recto y llegando hasta la cercanía del ano. Estas dos insiciones que circunscriben entre sí un ángulo agudo, son reunidas por otra curva de convexidad dirigida hacia abajo. Del conjunto de estos cortes resulta un triángulo curvilinio en el área del cual se quitan la piel y la cicatriz, á fin de tener de cada lado una superficie avivada de forma triangular; hecho esto se toma con unas pinzas de garras la hoja vaginal del tabique y el lado anterior del triángulo mencionado, desdoblándole por disección de tal manera que se forme un pequeño colgajo vaginal que pueda reunirse por afrontamiento de su cara crueuta con el del lado opuesto.

Se procede entonces á efectuar la reunión y para estose pone á lo largo de las insiciones que forman el límite interno del triángulo avivado, puntos de sutura entrecortada, comenzando por la parte superior para terminar por la más baja. Al acabar de poner estas suturas, el recto está separado de la vagina por una hoja delgada. Después se hacen puntos de sutura sobre el

lado superior del triángulo ya dicho, yendo de la parte interna á la externa; estas suturas son análogas á las que se ponen en el procedimiento de Le Blond, quiere decir, que su parte media queda descubierta sobre la superficie de avivamiento. Para terminar, se sutura el lado infero–externo del triángulo avivado, comenzando por la parte interna y haciendo que la parte media de la sutura quede como la anterior.

De esta manera quedan constituídos tres planos de suturas: uno rectal, otro vaginal, y el último perineal. El primero se aprieta inmediatamente que se acaba de poner, y el segundo no se aprieta hasta que se ha puesto el tercero.

Procedimiento de Gallard Thomas.

Se hace el avivamiento dándole una forma de creciente de extremidades arredondadas, cuya línea convexa corresponde al punto de unión de la piel con la vagina y cuyas extremidades llegan hasta dos centímetros del meato urinario; después el operador introduce el dedo índice de la mano izquierda en el recto, y con la derecha hace penetrar la aguja en el cuerno izquierdo del creciente, haciéndo la caminar en el espesor de los tejidos, siguiendo el bordo convexo de la superficie de avivamiento para hacerla salir en la extremidad derecha. Una vez puesto el primer hilo, se colocan otros tres á igual distancia entre sí, haciéndolos penetrar en la piel á ocho milímetros afuera de la superficie de avivamiento, se les hace salir á cinco ó seis milímetros del bordo derecho y sacarlos por fin á ocho milímetros en plena piel. Se aprieta primero el hilo superior y después los siguientes. Cuando la sutura está terminada, se ve que la pared inferior de la vagina se continúa con la piel no avivada sin formar ningún fondo de saco atrás de la nueva horquilla.

Procedimiento de Emmet.

Este autor compra la forma del perineo desgarrado, con la de una mariposa de alas desplegadas, estando

formado el cuerpo por lo que correspondería al tabique y las alas por la superficies que han cicatrizado aisladamente. El avivamiento que él hace, quita todas estas partes. y por tanto persiste la forma enunciada. Se aviva también el tabique, cortando un centímetro de la mucosa vaginal; pero sin tocar la rectal.

Se procede entonces á colocar los hilos de sutura, y á este respecto, debo hacer una observación. La mayor parte de los autores que he tenido oportunidad de consultar, aseguran que Emmet hace uso para sus suturas de una aguja especial sumamente curva, que facilita la operación, y que lleva su nombre; pero Leon Le Fort niega que el autor en cuestión haga uso de agujas especiales, y aún asegura que el uso de tal aguja sería superfluo.

Yo creo que el empleo de la aguja curva de Emmet es no solamente de gran utilidad, sino casi indispensable, vistas la longitud y la forma del trayecto que se tiene que recorrer.

Hecha esta digresión, describiré el modo como deben pasarse los hilos. El primero que ha de colocarse, es el inferior, cuya importancia es obvia, puesto que es el que debe reunir las extremidades del esfinter desgarrado. La aguja se introduce bastante atrás y á un centímetro de la superficie de avivamiento, camina en el espesor del tabique y sale del lado opuesto en un punto correspondiente al de entrada. El hilo debe quedar enteramente oculto en los tejidos y no se le ha de sentir por el recto ni por la vagina. De la misma manera y ascendiendo, se pasan los hilos restantes en número de dos, tres y aún más si fuere necesario La parte de la superficie avivada situada arriba del tabique, se reune por uno ó dos puntos de sutura que pasan en la vagina y que contribuyen á dar á la vulva su forma normal y á rehacer la horquilla.

Procedimiento de Lawson Tait.

Este procedimiento difiere esencialmente de los demás, en que el avivamiento se hace sin pérdida de sus-

tancia; para explicarlo dice su autor: «Cuando se apar-
«tan las nalgas de una mujer cuyo perineo está desga-
«rrado, se ve la antigua desgarradura bajo lo forma de
«una línea blanca, cicatricial, de dirección transversal á
la del rafé que existía.»

«En estas desgarraduras. hay una particularidad no-
«table, que las cicatrizaciones se hacen en dirección
«opuesta á la de la lesión. Mi intervención descansa
«sobre este hecho. y puedo decir que es la antítesis de
«todas las operaciones que proceden por avivamiento.
«Mi objeto es restablecer la antigua desgarradura y
«después reunirla de manera de rehacer el perineo
«tal como estaba antes del accidente.»

Para el objeto. Lawson Tait. hace que dos ayudantes aparten las nalgas tanto como sea posible. de manera que la línea cicatrical sea visible y tensa; introduce después la punta de las tijeras en una de las extremidades de esta línea y la corta en toda su extensión. La insición que resulta, tiene de doce á trece milímetros de profundidad y produce dos colgajos; uno rectal y otro vaginal. De las dos extremidades de esta primera insición hace partir otras dos de dirección perpendicular y de treinta milímetros de extensión, dirigidas hacia adelante. del lado de la vagina; y hacia atrás otras igualmente perpendiculares y cuya longitud es de diez milímetros. Rechazando hacia adelante y hacia atrás, respectivamente. los colgajos vaginal y rectal. resulta una superficie avivada que tiene la forma de un paralelógramo de lados curvilineos. Si en este momento los ayudantes soltaran las nalgas y dejaran á las partes su posición natural. se vería que los lados laterales del paralelógramo mencionado. tenderían á aproximarse y á formar por su reunión al antiguo rafé. Esto va á ser hecho de una manera más perfecta por las suturas. las que se practican de la manera siguiente: Se hace penetrar la aguja por el lado izquierdo de la mujer á poca distancia de la piel. es decir. en el límite del avivamiento, de tal suerte que el tegumento externo no quede comprendido; después se saca á poca distancia de la línea media para hacerle penetrar en un punto co-

rrespondiente. y sacarla por fin en el límite opuesto de la superficie avivada. El número de hilos será de cuatro á cinco; los que una vez apretados, afrontan las superficies, dejando una cresta anterior y otra posterior.

El profesor Dn. Fernando Zárraga, al hacer la perineorrafia por el procedimiento de Lawson Tait, practica la división del tabique como indica este autor; pero no hace las insiciones verticales dirigidas hacia adelante y hacia atrás, limitándose solamente á despegar las mucosas rectal y vaginal por medio de la sonda acanalada ó cualquier otro instrumento embotado.

VIII

Apreciaciones.

El procedimiento de Roux se recomienda por su sencillez; el avivamiento se hace sin causar gran pérdida de sustancia, y la sutura es fácil de practicarse; sin embargo, como hice notar al describir este procedimiento, cuando la desgarradura es un poco profunda, los tejidos quedan de tal manera tensos, que con mucha frecuencia se desgarran. De lo expuesto se deduce que este procedimiento, inmejorable cuando se trata de desgarraduras poco marcadas, no puede aplicarse á las que interesan mayor altura.

El procedimiento de Dieffenbach no se distingue del anterior. según queda ya dicho, sino por la presencia de insiciones laterales libertadoras; y puede decirse de una manera general, que tales insiciones deben hacerse sea cual fuere el procedimiento que se empleé, cuando la tensión de los tejidos sea tal que haga temer un fracaso.

El procedimiento de Baker Brown, muy recomendado por muchos autores, ha caído en la actualidad en completo desuso, lo que se explica satisfactoriamente teniendo en cuenta que obliga á practicar una lesión (La sección del esfinter anal) que no está exenta de serios inconvenientes.

En cuanto al procedimiento de Gallard Thomas, es á

mi juicio bastante bueno, porque hace el afrotamiento perfecto, facilita la cicatrización y da dastante solidez al perineo. Verdad es que obliga á hacer una pérdida de sustancia; pero ésto no es tan grave como podría creerse, y la experiencia ha demostrsdo que esta pérdida de sustancia puede tener su utilidad para evitar los prolapsus genitales.

En resúmen, para los casos de desgarradura incompleta, los mejores procedimientos son, en mi concepto, los de Roux y Gallard Thomas; siendo el primero aplicable cuando la desgarradura es poco alta y el segundo cuando tiene mayores dimensiones.

Los procedimientos que tienen por objeto curar las desgarraduras completas del perineo, pueden dividirse en dos grupos, el primero en el cual los avivamientos se hacen con pérdida de sustancia, y el segundo en el que se hacen sin ella. Al primer grupo, pertenecen los procedimientos de Le Blond, Leon, Le Ford, Gallar, Thomas Emmet, etc.; el segundo está únicamente constituído por el de Lawson Tait.

De los procedimientos que obran con pérdida de sustancia, el de Le Blond no asegura de una manera perfecta el establecimiento de la forma y funciones del esfinter anal; el de Le Fort es muy difícil de entenderse y presenta muchas dificultades prácticas para su ejecución; el de Gallard Thomas y el de Emmet, son los que en la actualidad prefieren los operadores porque dan suma solidez al perineo restablecido y aseguran la completa cicatrización del esfinter del ano. El de Emmet sin embargo, es de preferirse, y así lo hacen gran número de ginecologistas hábiles, porque en él el avivamiento se limita á quitar casi exclusivamente los tejidos cicatriciales, y porque el paso del primer hilo, tiempo importantísimo, se hace de tal manera que casi nunca deja de producirse la reunión de los extremos del esfinter dividido.

Después de las líneas anteriores, no quedan frente á frente para disputarse la preferencia más que este último y el de Lawson Tait. En éste, según las propias palabras del autor, la cicatriz es absolutamente lineal y

se parece de tal manera al rafé natural, que después de tres ó cuatro meses, es absolutamente imposible reconocer que ha habido una desgarradura perineal. El dolor después de la operación es casi insignificante, en comparación del que sienten las enfermas después de que se les ha operado por alguno de los otros procedimientos; supuesto que en éstos la tensión de las partes es mayor que en aquel.

La mayor de las ventajas de este procedimiento, está en que en el caso de que la operación no surta, como no se ha hecho ninguna pérdida de sustancia. las condiciones de la mujer no son peores que ántes, y puede volverse á intentar una nueva restauración del perineo sin ninguna dificultad.

Por lo que se refiere á la solidez de la cicatriz, la experiencia nos enseña que las mujeres que han sido operadas por este procedimiento, han podido después dar á luz sin que la desgarradura se reproduzca.

Por lo expuesto se vé que los procedimientos mejores son, como dije ántes. el de Lawson Tait y el de Emmet. Hasta este momento aún no se han puesto de acuerdo los operadores sobre cual de ellos debe preferirse; por lo que el cirujano, en presencia de una desgarradura perineal, elegirá entre estos dos procedimientos aquel que su práctica y las circunstancias especiales del caso le indiquen como más adecuado.

Yo, sin embargo, creo que el de Lawson Tait debe aplicarse sobre todo, en los casos de desgarradura incompleta, y el de Emmet cuando el esfinter haya sido dividido.

Francisco Grande Ampudia

México, Agosto de 1893.

IX.

OBSERVACIONES.

Observación número I.—Doctor A. de Garay.

Sra. B. P. de 16 años de edad, con estrechez vulvar marcada, la pelvis acorazada. Tuvo un parto muy pro longado durante el cual estallaron ataques repetidos de eclampsia. Al verificarse el alumbramiento se produjo una desgarradura completa del perineo, en la que estuvo comprendido el esfinter externo. No obstante su estado, se le operó inmediatamente por el procedimiento de Lawson Tait, con todas las precauciones de la antisepsia. Los puntos de sutura se quitaron ocho días después de la operación y el resultado se puede resumir en las siguientes líneas: Cicatrización por primera intención sin una gota de pus, restauración completa del perineo y ausencia completa de prolapso genital.

Se ignora si la desgarradura se habrá ó no reproduci do, pues no se ha vuelto á ver á la operada.

Observación núm. 2.—Del Dr. A. de Garay.

Sra. N. N. Primípara; parto pélvico. Durante la extracción de la cabeza se desgarró el perineo sin haber sido interesado el esfinter. Inmediatamente después del parto de las secundinas se hizo la perineorrafia por el

procedimiento de Lawson Tait; habiéndose quitado los puntos de sutura á los ocho días, la cicatrización fué completa y como en el caso anterior, se hizo por primera intención.

La desgarradura no se ha reproducido en esta operada.

Observación núm. 3.—Del Dr. A. de Garay.

Sra. A. P. Primípara, de treinta y cinco años de edad. Parto pélvico, con desarrollo considerable del producto. Durante la expulsión de la cabeza se produjo una desgarradura completa del perineo, que se le operó inmediatamente por el procedimiento de Lawson Tait; habiéndosele retirado los puntos de sutura á los diez días. El resultado fué enteramente satisfactorio.

Observación núm. 4.—Del Dr. Alcántara.

Sra. M. de S. de cuarenta y tres años de edad, multípara, de mala constitución; tenía una desgarradura completa del perineo que había confundido el recto y la vagina en una sola cloaca, en la que aparecía el útero en procidencia incompleta. Esta lesión databa de veinticinco años.

Prévia anestesia hecha por el Dr. Juárez, y después de haber desinfectado el campo operatorio, se hizo el avivamiento por el procedimiento de Emmet. Terminada la hemostacia se aplicaron cinco puntos de sutura metálica con hilo de plata; después de lo que, se hizo una curación antiséptica. Durante los cinco primeros días se mantuvieron los muslos atados juntos y se obligó á la enferma á guardar la cama por veinte días. Las suturas se quitaron á los diez; y el éxito fué tal, que un mes después de la perineorrafia se le hizo á la paciente uno raspa, habiendo sido el nuevo perineo bastante resistente para soportar la aplicación del espejo de Simon.

Observación núm. 5.—Del Dr. Mejía.

La Sra. N. N. solicitó la asistencia del Pr. Mejía en Julio del año próximo pasado; tenía el labio anterior del cuello prolongado, tendencia á la caída del útero por prolapso incompleto de la pared posterior de la vagina; provocado este último por una desgarradura perineal incompleta. Había además hipertrofia de los pequeños labios.

El 22 del mismo mes fué operada por el referido Profesor; se comenzó por amputarle el labio anterior y por recortar los pequeños labios, dándoles sus dimensiones normales, en seguida se hizo la perineorrafia por el procedimiento de Lawson Tait, pasándole cuatro puntos de sutura.

Observación núm. 6.—Del Dr. Mejía.

La Sra. C. A. fué operada por el Pr. Mejía el 18 de Julio del presente año, tenía caída del útero por desgarradura incompleta. La operación consistió en amputar el cuello primero; después en hacer la colporrafia anterior y la posterior y por último en practicar la perineorrafia por el procedimiento de Lawson Tait.

Durante la operación se produjo una hemorragia abundante que se pudo al fin contener por medio de las suturas; siendo hasta la fecha completamente satisfactorio el éxito.

Resumen de las perineorrafias practicadas por el Pr. Zárraga en el curso del presente año.

Número de operaciones.....	7
Desgarraduras completas....................	3
Idem incompletas..............................	4
Número de suturas...... ....de	5 á 9

Todas las enfermas eran primíparas.

En tres se aplicó el forceps: en dos por insuficiencia de las contracciones, y en la tercera para extraer la cabeza después de la salida del tronco.

De los cuatro casos restantes, tres partos fueron naturales y el último manual.

En todas se siguió el procedimiento de Lawson Tait, con la modificación ya dicha en el curso de este trabajo, retirándose las suturas á los diez días.

En seis se ha podido seguir á las operadas, habiéndose comprobado el éxito.

La última se perdió de vista por lo que se ignora el resultado.
